

# La muerte como instancia médico-legal

## La escena de la muerte en ámbito prehospitalario

Ivanna E. Bustos  
Catedrática Principal  
Cátedra Libre de Formación en Entrenamiento Simulado,  
Emergencias y Catástrofes  
Facultad de Medicina UBA

No es infrecuente que en la actividad de un médico en **ámbito prehospitalario** se incluya una **escena de muerte**; se pueden dar las siguientes situaciones:

- Que la dotación haya asistido en respuesta a un auxilio
- Que el llamado sea realizado por un familiar o vecino
- Que se reciba en la Central Operativa de un Sistema de Emergencias la solicitud de personal policial constituido en el lugar

Lo cierto es que una vez en el lugar y constatado el óbito queda al profesional interviniente pensar acerca de las causas que produjeron la muerte y tomar decisión sobre los futuros pasos a seguir. Desde luego y como **prioridad**: la **seguridad de la escena**, la identificación y el control de riesgos para que la dotación pueda acercarse a la escena de muerte. Una adecuada semiología de la escena es fundamental considerando siempre su dinámica y la posibilidad que se vuelva inestable. En este caso quien está a cargo de la dotación es el profesional médico y debe decidir si se acerca o no; en caso de decidir que el escenario no es seguro el móvil debe situarse a distancia prudencial, informar a la Central Operativa solicitando la activación de unidades que tornen segura a la escena: bomberos en el caso de sustancias desconocidas, tóxicas o potencialmente tóxicas y policía en caso de personas agresivas y/o combativas.

Para el Derecho como ciencia la muerte constituye un *suceso* que diferencia a la **persona** (sujeto de derecho con derechos y obligaciones) de un **cadáver** (al que le corresponde el estado jurídico-civil de *cosa*). Para la Medicina la muerte constituye un *proceso*, una secuencia de hechos que se cumplen en un espacio de tiempo determinado aunque no de manera rígida. Desde el enfoque médico legal deben considerarse la **muerte natural** y la **muerte violenta**. Un modo muy general de distinguirlas es que en la muerte natural no existen mecanismos extraños que la provoquen y, en realidad, desde los aspectos legales no tiene mayor dificultad: se descartan los mecanismos externos que hagan sospechar causa violenta y la obligación del médico consiste en confeccionar un certificado de defunción.

Sin embargo no siempre resulta tan fácil determinar la causa de muerte en una escena del ámbito prehospitalario, incluso la muerte violenta puede ser la consecuencia de la acción o de la omisión de terceros que ocasionaron el deceso, dando en realidad muy pocas manifestaciones externas que orienten el diagnóstico de la causa. Entonces, al desconocer la causa de muerte, ésta resulta *muerte de causa dudosa de criminalidad*; aunque la mayoría de las autopsias judiciales arrojan resultados de muerte por causa natural el médico en ámbito prehospitalario debe ser **prudente** en su accionar; resulta difícil comprobar en la escena que no existió un hecho violento que precediese a la muerte: por ejemplo en el caso de venenos o sustancias tóxicas; entonces frente a una escena de muerte en ámbito prehospitalario solicita la *intervención policial* para que proceda a la investigación de las causas que llevaron al deceso. Resulta fundamental determinar la causa, los mecanismos y la manera de la muerte.

- Cuando la dotación del móvil sanitario (conductor-médico, conductor-médico-enfermero) concurre a un pedido de auxilio y la muerte se produce durante la asistencia en ámbito prehospitalario, por ejemplo en la atención de un paro cardio-respiratorio, una vez finalizada la actividad asistencial y otorgada la información de la muerte a los familiares se presenta el doloroso hecho de tener que informar la intervención policial; si el médico tratante se encuentra en la escena (o próximo a llegar alertado por los familiares) entonces él quedará a cargo para cumplir la tarea de realizar el certificado de defunción. Si no hay médico tratante, entonces es imprescindible solicitar la presencia de la policía.
- Cuando el llamado es realizado por un familiar o vecino son muchas las variantes con las que la dotación se puede encontrar: muerte de una persona postrada por una enfermedad en tratamiento, muerte de una persona añosa aquejada por múltiples enfermedades crónicas, muerte de un lactante sin signos aparentes de violencia, muerte de una persona que cayó por las escaleras o en el interior del baño; una de las más frecuentes es que vecinos o el encargado del edificio hayan notado la ausencia de algún anciano, notificados los familiares, cuando se hacen presentes y abren el departamento, lo encuentran sin vida. Es indudable que el profesional presente puede tener idea de lo que ocurrió, pero su obrar prudente le indicará que solicite la presencia policial una vez constatado el óbito.
- Cuando es la autoridad policial la que solicita la presencia de la dotación a bordo del móvil sanitario en realidad requiere la confirmación del óbito por parte del médico para proceder con la diligencia llamada “levantamiento del cuerpo” o estudio del lugar del hecho, definido según los autores J.A. Patitó y Fernando C. Trezza como “*el conjunto de operaciones que incluye el examen del cadáver y la descripción completa y detallada del espacio y de los elementos que en este es hallado, presumiblemente, como resultado de un*

*suceso violento de carácter doloso o accidental*". Debe ser **ordenado**: generalmente se instituyen tres perímetros, el primero para quienes trabajan en el minuto a minuto, el segundo para autoridades judiciales y fotógrafos o equipos de filmación de la unidad de investigación y el tercero para la prensa en general (aunque es prioridad en la actualidad preservar las imágenes colocando biombos o mamparas protectoras alrededor del cuerpo); debe ser **metódico** utilizando un método determinado: en espiral, en cuadrícula; debe ser **documentada o ilustrada** a través de dibujos, fotografías, filmaciones. La escena del hecho debe poder identificarse, comprobarse y reconstruirse.

La escena del hecho es un lugar físico en el que tuvo lugar una acción que precedió a la muerte, su extensión puede modificarse en la medida que avancen las investigaciones respecto de los **actos preparatorios**, la **ejecución** y los **actos posteriores** (ocultamiento de huellas, del cadáver y la fuga); la configuración, la amplitud y la extensión estarán determinados por los rastros, las huellas y todos los elementos que pueda contener.

Una guía puede organizar el trabajo en la escena de muerte:

- Registro minucioso de la hora de llegada al lugar
- Datos de temperatura ambiental, condiciones de visibilidad e iluminación
- Describir las características generales del lugar
- Si se trata de una casa, departamento o habitación, especificar cómo se ingresó y el estado de ventanas y puertas (abiertas, cerradas)

Es decir, comienza por la ubicación del cuerpo, la ubicación de los objetos cercanos al cuerpo, la descripción de otros objetos y la de huellas y rastros. Con respecto al cuerpo, es posible que en la fase de ocultamiento el homicida descuartice o incinere, estas posibilidades obligan a extremar cuidados; normalmente se marca con estacas y cordeles el sitio en el que se halla el cadáver, luego se tamiza la tierra alrededor para rescatar elementos relacionados con la muerte. En el momento de levantar el cuerpo se respeta la posición en que se encontró para estudiar fenómenos de transformación cadavérica, se registra y se hacen fotografías de todas las etapas. En la escena se cortan las ropas por las costuras a fin de estudiar lesiones y marcas de lesiones que queden en la vestimenta (por ejemplo los orificios de proyectiles de armas de fuego o el ojal que deja un arma blanca con filo. Los elementos recolectados en la escena de muerte deben ser elevados a la categoría de pruebas: correctamente tomados, rotulados, preservados y enviados.

Es fundamental comprender que aquí se encuentran el equipo sanitario y las autoridades policiales y judiciales convocados todos por una misma cuestión; el médico realizará todas las diligencias que su buen saber y entender le indiquen pero con el cuidado que se debe guardar por la escena de muerte, se debe evitar:

- el ingreso de otras personas,
- fumar (contamina la escena), caminar (agrega huellas),
- hablar si no es sobre el hecho y
- debe constatar y anotar todo aquello que constituirá el registro final del auxilio realizado (datos de la víctima, posición del cuerpo, datos del lugar del hecho, datos de la intervención policial).

No es correcto solicitar al médico de la dotación una hora aproximada de muerte, la **determinación de la data de muerte** constituye una de las más difíciles cuestiones a resolver en la especialidad de Medicina Legal y Forense, por otra parte tiene un **alcance jurídico** que obliga a extremar las precauciones al momento de expedirse al respecto, con esa data un experto o un tribunal puede:

- Determinar si hubo o no abandono de persona
- Establecer el orden de fallecimiento de dos o más personas en caso de derechos sucesorios
- Incriminar o exculpar a un posible sospechoso de un homicidio.

Es razonable afirmar que el único que puede expedirse respecto de una hora aproximada de deceso es el especialista y, desde luego, después de haber estudiado en profundidad el caso.

En caso de muerte en ámbito prehospitalario la posibilidad que los familiares sean testigos de todo el proceso es alta; el médico puede pensar que respecto del cadáver ya “no tiene paciente” y “ya no existe urgencia ni emergencia porque, en todo caso, la urgencia será en el aspecto médico-legal”. Pero en ámbito prehospitalario puede haber un familiar junto al cuerpo y aún estar aguardando la llegada de otros a la escena. Ellos serán los destinatarios de su asistencia, contención y orientación; si la muerte fue violenta o el protagonista del hecho es un niño será fundamental tener en mente la posibilidad de activar a un equipo de Factores Humanos para la contención y tratamiento de los sobrevivientes. Es muy posible que alguno de ellos requiera traslado al hospital para ser evaluados por especialistas del área de la salud mental. Naturalmente los integrantes de la dotación están comprendidos en esa posibilidad.

Es probable que Ud. piense que falta considerar la *“muerte a bordo de la ambulancia”*; en realidad lo que puede ocurrir es que, habiendo decidido trasladar al enfermo hacia una institución éste sufra un paro cardio-respiratorio en traslado. Una de las premisas con las que el personal de emergencias trabaja es que se debe estabilizar al enfermo antes de trasladarlo, se deben resolver las lesiones que pudieran provocarle la muerte en lo inmediato; el propósito es evitar que se ingrese

en la ambulancia a un enfermo descompensado sin estabilizar, se traslade a un moribundo agonizante y se llegue al hospital con un cadáver. Tampoco es estrictamente cierto que la ambulancia sea “el brazo extendido del hospital”; sus equipos pueden estar muy completos pero no el personal que traslada y para la asistencia de un paro cardio-respiratorio por ejemplo se necesita dos dotaciones. Entonces: si se produce un paro cardiorrespiratorio en traslado (y a pesar de todas las previsiones esto puede ocurrir) el médico deberá decidir si el móvil se detiene y solicita apoyo en el lugar o continúa hasta la institución más cercana y adecuada realizando compresiones torácicas mientras el conductor informa la situación al hospital receptor; el ingreso se consigna como paciente en paro cardiorrespiratorio.

Una situación especial puede presentarse a la dotación: que la escena se torne insegura y se vean obligados a trasladar un cadáver en la ambulancia. Es fundamental comprender que las personas que son testigos de la agonía y muerte de un familiar pueden presentar un amplio abanico de posibilidades en sus reacciones: desde agradecer la presencia del equipo sanitario en el lugar hasta reaccionar violentamente causando lesiones al conductor de la ambulancia y al médico. El conductor de la ambulancia debe informar suficientemente de la situación a la Central Operativa, es probable que el traslado deba realizarse con familiar a bordo, el sentido común será el aliado más importante para el equipo de salud para sobrellevar esta situación. La aceptación de la muerte no es un trámite, es una instancia compleja que requiere un tiempo particular y especial para cada individuo; el equipo de salud debe brindar la posibilidad de ese tiempo a cada familia aún en las situaciones más complicadas y acompañar el proceso. Desde luego que esto no significa que la dotación deba asumir riesgos que no pueda controlar, primero es (y será siempre prioridad) su seguridad; el personal policial protegerá al equipo de salud en tanto las condiciones sean inestables, la serenidad que los familiares muestren será el inicio de un diálogo en el que se puedan responder preguntas y ofrecer explicaciones para lo que no se comprenda. Es muy probable que los familiares soliciten nuevas entrevistas después de ocurrida la muerte, debe brindarse esa posibilidad para repetir la información impartida y ampliar con aquellos detalles que en el momento de gran impacto emocional se reservaron para una instancia de mayor tranquilidad. Aún en ámbito prehospitario debe buscarse un lugar apropiado y seguro para informar una muerte.

### **La muerte en ámbito intrahospitalario**

El egreso de un enfermo que se encuentra en la sala de guardia o internado en una sala de la institución puede ocurrir por alguna de las siguientes causas:

- **Egreso con alta médica:** cumplidas todas las instancias que corresponden al diagnóstico y tratamiento, un profesional o el equipo que asiste deciden otorgar el alta médica con la correspondiente cita por consultorios externos a fin de monitorear el tratamiento y la evolución.

- **Se retira sin alta médica y sin notificar al equipo sanitario de su decisión:** el paciente no se fuga; es su derecho retirarse del lugar de consulta o internación, pero es fundamental que lo haga con total conocimiento y comprensión de los riesgos a que se expone. Si existe alguna duda al respecto o la vida del enfermo corre peligro, los integrantes del equipo sanitario deberán informar a su autoridad inmediata en la institución y al personal de seguridad, luego notificar a la autoridad judicial (a través de la policía) de lo ocurrido. A veces las personas no comprenden por ignorancia el riesgo que corren (por ejemplo intoxicación con organofosforados) o por su condición de salud (pacientes confusos, dementes, intoxicados), y en este caso la autoridad judicial puede ordenar su regreso a la institución para completar tratamiento.
- **Derivación a otra Institución:** por falta de cama para su internación, por necesidad de mayor complejidad o de determinados especialistas, por exigencia de su obra social o por la determinación exclusiva del paciente y su familia. Las derivaciones exigen la formalidad de trámites en lo administrativo y en el aspecto médico: el traslado debe realizarse en ambulancia medicalizada que respete la misma complejidad que tenía en el sitio de derivación, con un resumen de su historia clínica y todos los estudios que se le hayan realizado. El médico que traslada deberá evaluar al enfermo e informarse cuidadosamente de los antecedentes y la enfermedad actual del paciente como así también de los estudios que se le realizaron y sus resultados, del tratamiento instituido y del pronóstico.
- **Muerte:** el ingreso puede ser de un enfermo en paro cardiorrespiratorio traído por una ambulancia, de un enfermo que ingresó para una consulta en guardia y se descompensa y fallece, de un paciente que es ingresado en quirófano y muere durante la realización de una cirugía, o de un enfermo internado en alguna sala.

El pasaje de la escena de muerte desde un ámbito doméstico y familiar al hospital ha determinado que los integrantes del equipo de salud sean los que están presentes al inicio y al final de la vida de los seres humanos; las relaciones que se establecen entre todos los actores de la escena de muerte forzosamente son cercanas, los familiares transmiten su angustia por el presente y la incertidumbre por el futuro al personal de enfermería y médicos, y éstos en algún momento de sus vidas acusan el impacto. La OMS refiere que el equipo de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte si dispone de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés. En realidad se espera del equipo de salud que pueda orientar saludablemente el duelo del enfermo que va a morir y de sus familiares; pero es cierto que la formación de sus integrantes ha priorizado promover la salud, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, prolongar la vida; sin dejar lugar para la

consideración que en ocasiones, sus intervenciones estarán dirigidas a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo, a apoyarlos en sus decisiones, a enfrentar problemas técnicos y profesionales pero también emocionales y espirituales. Seguramente no existe un solo profesional de la salud que frente al proceso de muerte y duelo de los pacientes no haya experimentado incomodidad y deseos de escapar; sin dudas que tomar conciencia en este sentido exige desarrollar estrategias individuales y grupales que permitan enfrentar la muerte como hecho inherente a la actividad profesional. Claro que para eso el profesional debería poder ponerse en contacto con el dolor y el sufrimiento del paciente, y en cambio aprende a ignorar o minimizar las señales de sufrimiento personal de sus enfermos porque tenerlas en cuenta significa explorar sin reservas sus propios temores y su vulnerabilidad; la distancia y la anestesia emocional a la que recurre frecuentemente como mecanismo de defensa tiene un éxito relativo, le permite superar el momento a expensas de una angustia persistente a la que no consigue poner un nombre.

Una adecuada comunicación evitará la sobreactuación profesional con abuso de toda la tecnología disponible, el “no dejar morir”, situación que puede significar éxito para el equipo de salud y mayor sufrimiento para el paciente y para su familia. El enfermo debe ser informado oportunamente y suficientemente, él marcará el compás que debe seguirse para darle tiempo que le permita asimilar su situación y el ir elaborando un duelo anticipado por la vida que se pierde. De hecho, algunos enfermos solicitarán tanta información como sea posible brindar de modo que puedan tomar sus últimas decisiones. Sin dudas que la relación médico-paciente ha evolucionado: la antigua relación vertical del médico que “sabe y cura” y el enfermo “sufriente que espera y confía” ha evolucionado a una relación horizontal en la que el médico es un prestador de servicios y el enfermo un ser que demanda una atención de calidad y con resultados probados, y que finalmente tomará decisión sobre su vida y su proyecto de vida. Tal vez sea posible lograr una relación con una confianza y un respeto tales que permitan un diálogo honesto y abierto entre el médico y el enfermo, una relación en la que el enfermo pueda manifestar sus temores ante la muerte cercana sin vulnerar los sentimientos del profesional. El mejor modo de saber qué cosas causan sufrimiento al enfermo y a sus familiares es preguntar; los enfermos a menudo piensan en su muerte, si estarán solos o acompañados, si sufrirán dolor, si será “una muerte digna”. ¿Cuáles son los elementos con que se relaciona el buen morir?

- Una muerte sin dolor físico y sin la angustia que pueda provocar por ejemplo la dificultad para respirar.
- Conocer la inminencia de la muerte, que esa posibilidad le sea explicada.
- Tener tiempo para resolver sus cuestiones pendientes y dejar todo en orden.
- Morir entre sus cosas, en su casa y rodeado por su familia.

- Morir de acuerdo con sus creencias y preferencias personales.

El derecho a vivir con dignidad tiene su correlato en el derecho a morir con dignidad. Y si bien el término dignidad puede tener muchas variantes en su significado lo cierto es que se aleja bastante del modo en que hoy mueren muchas personas; los ámbitos en que se interna a los pacientes críticos son impersonales, sitios en los que el enfermo desnudo e inerme es invadido por aparatos y alarmas, sin privacidad y con posibilidad muy limitada de estar con su familia y amigos; y los profesionales que allí trabajan están muy ocupados para sentarse y escuchar al enfermo. Es razonable pensar que allí algunos enfermos tendrán más posibilidades de recuperarse, pero otros no porque ya no tiene oportunidad para esa recuperación; también es cierto que todos los integrantes del equipo de salud aceptan que una de las características de la vida es su finitud, y que cuentan con conocimientos suficientes como para conocer la inminencia de una muerte inevitable. El rechazo al ensañamiento terapéutico, a la obstinación tecnológica, a prolongar la vida de cualquier manera y a cualquier costo no es equivalente a la omisión irresponsable de ayuda y asistencia; cuando ya no es posible curar.... es posible cuidar, y es una de las funciones del equipo de salud. La frase “ya no hay nada que hacer” debe quedar desterrada para siempre; el enfermo se preparará para morir, dormirá más, se alimentará poco o nada, no se interesará por lo que ocurra alrededor, pero aceptará los cuidados amorosos que le brinden confort y serenidad. Los momentos posteriores a la muerte son de una enorme confusión e incertidumbre para los familiares; aún en ese momento los integrantes del equipo de salud asisten y cuidan, orientan, contienen. Y en el futuro, cuando necesiten hablar de lo que ocurrió encontrarán profesionales íntegros dispuestos a escuchar y comprender.



## Bibliografía

1. Patito, José Ángel. Manual de Medicina Legal. Editorial AKADIA. 2008.
2. Pacheco, Raúl E. Medicina Legal. López Libreros Editores. 1990.
3. Achával, Alfredo. Manual de Medicina Legal. Práctica Forense. 2° edición. Editorial Policial.
4. Carmona Berrios, Zoraida; Bracho de López, Cira. La Muerte, el Duelo y el Equipo de Salud. Revista de Salud Pública, vol. 2. 2008.
5. Bonilla Merizalde, Jacqueline. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo. Quito. Enero-diciembre. 2011.
6. Marina Pérez Tenreiro; Ana Belén Puga Bello; Jorge Somoza Digón. Aspectos médico-legales en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias.
7. Dres. Hugo Rodríguez Almada\*, Calíope Ciriaco†, María Piñeyrúa‡, Rossana Logaldos, Daniel González González. Calidad del registro en el certificado de defunción en un hospital público de referencia. Montevideo, Uruguay, octubre-noviembre 2009. Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
8. Prof. Adj. Dr. Hugo Rodríguez Almada. Certificado de defunción: aspectos médico-legales prácticos.
9. Sindicato Médico del Uruguay - Federación Médica del Interior - Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de la República Montevideo, 2002. Jornadas sobre Certificaciones y Constancias Médicas.
10. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias Ministerio de Salud de la Nación. Febrero de 2010. Instructivos de recomendaciones básicas Médicos legales para situaciones de emergencias.